

**Zeitschrift:** Fachzeitschrift Heim  
**Band:** 72 (2001)  
**Heft:** 2

**Artikel:** Bewohnerinnen und Bewohner sterben in Pflegeheimen früher  
**Autor:** Gebert, Alfred  
**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-812781>

### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

### **Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

### **Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

**Download PDF:** 18.10.2024

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

# BEWOHNERINNEN UND BEWOHNER STERBEN IN PFLEGEHEIMEN FRÜHER

Von Dr. Alfred Gebert

rr. In der Fachzeitschrift 1/2001 (Seite 26) wurde das Thema der Suizidalität im Altersheim aufgegriffen. Im Abschnitt «Die Frage nach dem Warum?» nahm der Autor Bezug auf die Lizenziatsarbeit von Martina Hirzel-Wille, welche die Gründe für Suizide im Heim insbesondere bei den Umständen sieht, die überhaupt zu einem Heimeintritt geführt hatten: neben dem hohen Alter und dem oft schlechten Gesundheitszustand sei auch zu bedenken, dass Heimbewohner zu einem höheren Prozentsatz verwitwet seien und keine Kinder und Angehörige hätten. Der folgende Aufsatz führt uns von ganz anderer Seite an das Sterben von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern. Amerikanische Studien belegen, dass bei statistisch vergleichbaren Voraussetzungen vor einem Heimeintritt, bei vergleichbaren Bevölkerungsgruppen, nach einem Heimeintritt der Tod früher resultiert als bei Gruppen, die weiterhin im angestammten Umfeld wohnen. Dr. Alfred Gebert stellt uns diese Studien vor. Der Beitrag ist nicht leicht zu lesen. Redaktionelle Änderungen waren nur in einem sehr beschränkten Ausmass möglich, weil der Autor die differenzierte Argumentation aus seinen Unterlagen differenziert vermitteln will.

## Die Ausgangslage

Wer mit der Behauptung konfrontiert wird, pflegebedürftige Hochbetagte würden in Pflegeheimen früher sterben, als wenn sie in der bisherigen sozialen Umgebung gepflegt würden, der findet zuerst einen offensichtlichen Grund dafür: In die Pflegeabteilung, ins Pflegeheim werden Hochbetagte verlegt, weil sie zumeist aufwändigerer Pflege bedürfen als sie – auch mit Hilfe spitalexterner Dienste – im ambulanten Bereich erhalten können<sup>1</sup>. Diese aufwändigere Pflege, so wird argumentiert, sei ein Indikator für eine relative Kürze der Restlebensdauer.

### Anmerkung der Redaktion:

Die im Artikel besprochenen Forschungsarbeiten erschienen Anfang der 1990er Jahre – die neueste 1995. Gemäss Auskunft von Dr. Gebert sind neuere Studien zu dieser Thematik gemacht worden. Die Autoren Wolinsky/Aneshensel selber hätten sich nach 1995 nicht weiter mit der Frage beschäftigt, wie sich die erhöhte Sterblichkeit erklären lässt. Dr. Gebert will seine Publikation als Beitrag zur Diskussion um die Qualitätssicherung verstanden wissen. Auch sechs Jahre nach der Veröffentlichung seien nämlich diese Studien in der deutschsprachigen Literatur noch nicht zur Kenntnis genommen worden.

Der Schluss liegt somit nahe:

Wer ins Pflegeheim eintritt, weist einen schlechteren gesundheitlichen Status auf als jene, welche zwar ebenfalls pflegebedürftig sind, aber noch zu Hause gepflegt werden können.

Aus diesem Grund sei ein früherer Eintritt des Todes keine Überraschung.

In den deutschsprachigen Ländern existiert noch keine Publikation, welche auf einem einigermaßen verallgemeinerbaren Niveau erklärt, welches die aussagekräftigsten Variablen zur Vorhersage eines Pflegeheimeintrittes sind. Trotzdem ist in jedem der drei Länder (D, A, CH) ein Erfahrungsschatz mit Bezug auf die Beweggründe für den Pflegeheimeintritt vorhanden. Er dürfte in etwa der in englischsprachigen Fachzeitschriften enthaltenen Argumentation per Ende der achtziger Jahre entsprechen<sup>2</sup>:

Zunehmende Einschränkungen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens und ein schwaches soziales Netz erklärten damals rund sechzig Prozent der Eintritte in Pflegeheime.

## Die jüngere Forschung ist mehr an komplexe Modelle gewöhnt

Aus der Notwendigkeit zu erklären, warum bei Gruppen mit ähnlichen funktionellen Einschränkungen und mit ähnlichem Ausmass der Unterstützung durch das soziale Netz unterschiedliche Heimeintrittsquoten resultieren, musste eine umfangreichere Zahl von Variablen in die Regressionsgleichungen eingeführt werden. *Es steht fest, dass nur zwei Variablen (gesundheitlicher Status resp. funktionelle Einschränkungen und Ausmass der Unterstützung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens) keinesfalls genügen, um Heimeintritte zuverlässig vorherzusagen<sup>3</sup>. Was aus der Perspektive von Heimverantwortlichen als eine konsequente Abfolge erscheinen mag («Stärker ausgeprägte körperliche und/ oder mentale Einschränkungen, höherer Pflegeaufwand, Überforderung der tragenden sozialen Umgebung, Heimeintritt»), präsentiert sich in der Realität nicht als eine lineare Entwicklung.*

Wenn eine ausreichend grosse Population von älteren Menschen in eine Analyse einbezogen wird, so findet man

<sup>1</sup> z.B. G. Carcagno und P. Kemper, An Overview of the Channeling Demonstration and Its Evaluation, in Health Services Research, vol. 23, 1988, S.1–22; R.A. Kane, The Noblest Experiment of Them All: Learning From the National Channeling Evaluation, in Health Services Research, vol. 23, 1988, S.189–198; F.L. Greene et al., Reducing Nursing Home Use through Community Long-Term Care: An Optimization Analysis Using Data from the National Channeling Demonstration. Final Report (Revised) for the Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation, Department of Health and Human Services, Washington D.C. 1991.

<sup>2</sup> z.B. W.G. Weissert und C.M. Cready, Toward a Model for Improved Targeting of Aged at Risk of Institutionalization, in Health Services Research, vol. 24, 1989, S. 485–510; V.L. Greene und J.I. Ondrich, Risk factors for nursing home admissions and exits: A discrete-time hazard function approach, in Journal of Gerontology, vol. 45, 1990, S. S250–S258; C.M. Murtaugh et al., The Risk of Nursing Home Use in Later Life, in Medical Care, vol. 28, 1990, S. 952–962; A.M. Jette et al., Highrisk Profiles for Nursing Home Admission, in The Gerontologist, vol. 32, 1992, S. 634–640.

<sup>3</sup> E.A. Miller und W.G. Weissert, Predicting Elderly People's Risk for Nursing Home Placement, Hospitalization, Functional Impairment, and Mortality: A Synthesis, in Medical Care Research and Review, vol. 57, 2000, S. 259–297.

mehrere Gruppen mit gleichen soziodemografischen Merkmalen, vergleichbaren «Erkrankungen», (d.h. pathologischen Veränderungen und Einschränkungen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens), ähnlichen sozialen Beziehungsmustern, ähnlichen Zugangsmöglichkeiten zu Pflegeheimen usw. *Von diesen relativ homogenen Gruppen wird über die Zeit tatsächlich ein Teil Leistungen von Pflegeheimen beansprucht – ein anderer Teil aber nicht.*

Zwar wird ein Pflegeheimenritt nicht nur über den Zufall gesteuert (in der Fachsprache heisst dies, dass dieser Vorgang nicht probabilistisch ist).

Aber zufällige Momente scheinen eine weit grössere Rolle zu spielen als aktuell angenommen wird.

Dieser Tatbestand ist für die im nächsten Abschnitt zu referierende Studie von hoher Bedeutung. Wenn eine überwiegende Mehrheit von «kranken» Hochbetagten in Heimen gepflegt würde, wäre es nicht sinnvoll zu erforschen, ob jene, welche in ein Pflegeheim eintreten, früher sterben als Hochbetagte, die nicht in eine derartige Institution überwiesen wurden: Es müsste mit einem früheren Todeseintritt gerechnet werden, weil dies der Verlauf ihrer «Erkrankungen» quasi zwangsläufig mit sich bringt.

Da aber zu jedem Erhebungszeitpunkt eine grössere, eine ähnlich grosse oder mindestens eine respektable Gruppe von Hochbetagten mit den gleichen Einschränkungen ihrer Funktionsfähigkeiten ausserhalb von Heimen betreut wird, ist das Fragen nach einem früheren Tod in Pflegeheimen nicht bloss sinnvoll, sondern zwingend.

### Früherer Tod von Bewohnern und Bewohnerinnen in Pflegeheimen

Eine Auswahl von 7527 Amerikanerinnen und Amerikanern (im folgenden Studienpopulation genannt), welche 1984 siebzig Jahre und älter waren, ist

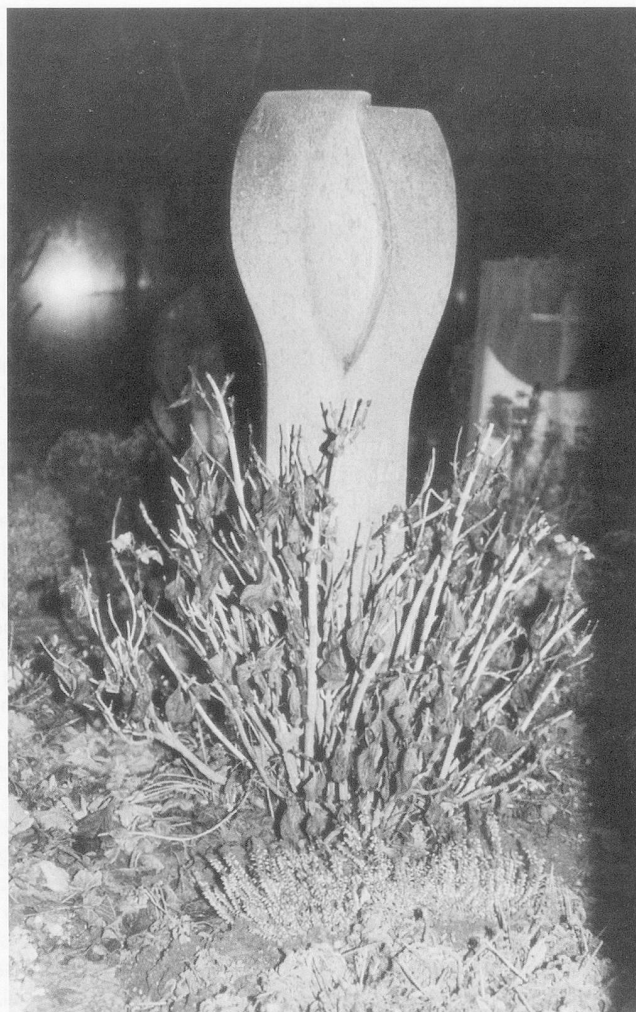
<sup>4</sup> z.B. F.D. Wolinsky und R.J. Johnson, The Use of Health Services by Older Adults, in Journal of Gerontology, vol. 46, 1991, S. S345–357; J.E. Dunn et al., Do falls predict institutionalization in older persons?, in Journal of Aging and Health, vol. 5, 1993, S. 194–207; F.D. Wolinsky et al., Hospital utilization profiles among older adults over time, in Journal of Gerontology, vol. 50, 1995, S. S88–S100.

<sup>5</sup> z.B. R.T. Anderson et al., The timing of change: Patterns in transitions in functional status among elderly persons, in Journal of Gerontology, vol. 53, 1998, S. S17–S27; Y. Lee, The predictive value of self assessed general, physical, and mental health on functional decline and mortality in older adults, in Journal of Epidemiology and Community Health, vol. 54, 2000, S. 123–129.

**Lebensangst und Todesangst sind Zwillinge. Sie gleichen sich in der beklemmenden Aussicht, nicht zu sein. Kein Leben vor dem Tode, keins danach. Franz Kafka muss sehr daran gelitten haben.**

**Es kann sein, dass im älter werden beide Ängste fühlbarer beziehungsweise tabuisiert werden. Die Erfahrungen der Vergänglichkeit nehmen zu, sie prägen sich unangenehm ein. Die Aussicht, einmal zu sterben, ohne «wirklich» gelebt zu haben, mein Leben gelebt zu haben, kann zur Todesangst eskalieren, es sei denn, man empfinde den Tod als Erlösung vom unwerten Leben.**

Edmond Tondeur



in den Fachzeitschriften immer wieder anzutreffen<sup>4</sup>, auch in der jüngeren Vergangenheit<sup>5</sup>. Sie sind Teil des 1984 durchgeführten Mikrozensus zum Gesundheitsstatus (National Health Interview Survey). Dabei wurde eine repräsentative Auswahl aus der älteren Bevölkerung der USA mit zusätzlichen Fragebögen (sog. Supplement on Aging) für umfassende wissenschaftliche Analysen zugänglich gemacht.

Um Daten über den Zeitablauf zu gewinnen, wurde die Studienpopulation – (im Todesfall oder bei Unfähigkeit, dem Interview zu folgen, die Vertreter dieser Betagten) im 2-Jahres-Rhythmus (1986, 1988 und 1990) wieder befragt. Da in den USA eine obligatorische Altersversicherung existiert, welche die meisten Kosten für die akutmedizinische Versorgung, Rehabilitation und in der Regel für die ersten dreissig Tage eines Pflegeheimaufenthaltes übernimmt – und diese staatliche Versicherung über ausgesprochen viele valide und reliable Daten verfügt –, wurden diese Datenreihen den Betagten zugeordnet.

Pro Person wurden 49 Variablen für die mathematisch-statistischen Analysen verwendet. Es spricht für die Qualität der Datenerhebung und des so-

genannten Nachfassens, dass nur 136 Personen wegen unvollständiger Daten aus der Studienpopulation ausgeschlossen werden mussten. Ein Teil der Variablen bestand aus aggregierten Masszahlen, Skalenwerten und Indikatoren, die sich alle auf frühere Tests von Forschern in diesem Feld stützen konnten (z.B. für das Messen der Einstellungsäusserungen zum eigenen Gesundheitsstatus). In diesem Sinne hat man sich den Rahmen der Informationsgewinnung bedeutend breiter vorzustellen als dies die Erwähnung von 49 Variablen anzeigt.

Mit Hilfe von multiplen logistischen Regressionen auf der Basis von prädisponierenden und bedarfsbestimmten Variablen berechneten die Autoren Konsequenzen eines Heimeintrittes. Rund ein Achtel der Studienpopulation war bis 1991 in ein Pflegeheim eingetreten. Total starben über die ganze Beobachtungszeit 2870 Betagte, 703 davon in Pflegeheimen.

Menschen im hohen Alter (älter als 84 Jahre) sterben innerhalb einer Beobachtungsperiode von zum Beispiel 4 Jahren nach allen Erfahrungen häufiger als jüngere, etwa die Mitglieder einer Alterskohorte von 75 Jahren. Von gleichaltri-



Im Schnellgang unserer Gegenwart, die oft durch Hektik geprägt ist, verlieren wir den Sinn für das, was war, und woher wir kommen. Was die Zukunft bringen könnte, wagen wir uns schon gar nicht mehr vorzustellen in der Ahnung, dass diese Zukunft schon längst begonnen hat.

Edmond Tondeur

gen Betagten (z.B. Jahrgang 1917) sterben jene mit ausgeprägter Hypertonie, einer Herzkrankheit und Übergewicht – die Kombination ist nicht zufällig – häufiger in einer Beobachtungsperiode als Betagte, welche zwar nicht «kerngesund» sind, aber deren Morbidität weniger gravierend ist. Diese Aussagen leuchten unmittelbar ein. Solche offensichtlichen kausalen Beziehungen sowie die Fülle der sog. unechten Effekte und generell die zu testenden Querbezüge waren der erfahrenen Forschungsgruppe bekannt.

Zu testen galt es also primär, ob es trotz gleicher Merkmale (hohes Alter, gesundheitliche Probleme, schwache Unterstützung durch die primäre Umge-

bung usw.) Gruppen von Menschen gab, die «überproportional» häufig die Angebote von Pflegeheimen in Anspruch nahmen.

Die Autoren konnten dies im Rahmen ihres Konzeptes nachweisen.

#### Zusätzlicher Erklärungsbedarf nötig?

Aufgrund der Zwischenresultate<sup>6</sup> in der mathematisch-statistischen Analyse musste interessieren, ob die eruierte hohe Sterberate im Pflegeheim durch die soziodemographischen und prädisponierenden Variablen umfänglich genug erklärt wird oder ob noch zusätzlicher Erklärungsbedarf besteht. Wenn die Autoren aufgrund ihrer Studienpopulation demonstrieren können, dass ausserhalb von Pflegeheimen die «gleichen» (gleich mit Bezug auf die erhobenen Merkmale) Betagten länger leben als in Heimen, kann der Heimaufenthalt als unabhängige Variable (d.h. Einflussfaktor) gelten.

Jede Deutung statistischer Beziehungen muss rational nachvollziehbar sein:

Um einer Vermutung nachgehen zu können und sie rational einer Prüfung zu unterziehen, sind Hypothesen notwendig. Eine solche Hypothese stützt sich auf die sich selbst erfüllende Prophezeiung.

Die auf der Ebene der self fulfilling prophecy angebotene Argumentation schliesst, dass jene, welche zum Sterben bereit sind, den Tod in der näheren Zukunft ahnen oder eventuell sogar herbeiwünschen, überdurchschnittlich häufig in ein Pflegeheim eintreten.

Diese Hypothese wurde von den Autoren formuliert, getestet und konnte nicht bestätigt werden: Keine einzige mit dem gesundheitlichen Status verbundene Variable zeigte eine statistische Beziehung mit früherem Tod.

Den Autoren blieb aufgrund der Resultate der mathematisch-statistischen Analysen nichts anderes übrig als festzuhalten, dass dem Pflegeheimseintritt ein unabhängiger Effekt zukam:

Die Daten führten also zum Schluss, dass die Mortalität der gesamten Studienpopulation über 21 Variablen vorhergesagt werden kann. Eine dieser Variablen ist der Eintritt in ein Pflegeheim<sup>7</sup>.

#### Sterbehäufigkeit in Pflegeheimen höher

Dieses einzelne Merkmal (d.h. diese Variable) demonstrierte – unabhängig von allen anderen Effekten –, dass die Sterbehäufigkeit in Pflegeheimen um 96 Prozent (während der Beobachtungszeit von der ersten Befragung im Jahr 1984 bis zum 31. Dezember 1991) höher war im Vergleich zu Betagten, welche grundsätzlich die gleichen statistisch erfassten Merkmale aufwiesen, aber eben nicht in ein Pflegeheim überwiesen worden waren.

Für die weitere Argumentation wird der Wert um vier auf hundert Prozent erhöht, damit ein gängiger Wert bleibt: In der Beobachtungszeit von rund 7½ Jahren resultierte damit, dass die Sterbewahrscheinlichkeit doppelt so hoch ist für jene Betagten, die in ein Pflegeheim überwiesen wurden<sup>8</sup>.

Das Resultat sollte nicht auf eine generalisierte Aussage reduziert werden. Es darf beispielsweise nicht behauptet werden, Pflegeheimbewohnerinnen würden doppelt so schnell sterben wie eine statistisch vergleichbar gemachte Population von Betagten, welche nicht in Pflegeheimen lebt. Die richtige Wiedergabe des Resultates muss vielmehr lauten:

Während einer Beobachtungszeit von n Monaten resultierte für Bewohnerinnen,

<sup>6</sup>F.D. Wolinsky et al., The Risk of Nursing Home Placement and Subsequent Death Among Older Adults, in Journal of Gerontology, vol. 47, 1992, S. S173–S182.

<sup>7</sup>ders. et al., Does Being Placed in a Nursing Home Make You Sicker and More Likely to Die?, in S.L. Willis et al., Hrsg., Societal Mechanisms for Maintaining Competence in Old Age, New York 1997, S.94–141.

<sup>8</sup>F.D. Wolinsky et al., Does Being Placed in a Nursing Home Make You Sicker and More Likely to Die?, a.a.O., S.118.

welche am Anfang dieser Beobachtungszeit noch ausserhalb von Pflegeheimen lebten, eine doppelt so hohe Sterbewahrscheinlichkeit wie für eine statistisch vergleichbar gemachte Population von Betagten, welche nicht in ein Pflegeheim überwiesen wurden.

*Aber auch mit solchen Einschränkungen erschreckt das Ergebnis und ist auf jeden Fall eine massive Herausforderung an die Qualitätssicherung.*

Mit Bezug auf die Methodik der Analyse liegt auch heute noch keine Kritik vor, welche am Resultat selbst zweifeln liesse. Siegler machte an einer Tagung, an der die sensationellen Resultate vorgestellt wurden, auf zwei mögliche Schwächen bei der Auswahl der rund 50 Variablen aufmerksam. Wohl zu Recht erwähnte sie die Redundanz aus der Berücksichtigung von «koronaren Erkrankungen», «Bluthochdruck», «Angina» und «Diabetes». Statt alle diese Erkrankungen zu berücksichtigen, hätte man mit Vorteil das Vorherrschen von «Depressionen» erhoben, da diesen ein signifikanter Prognosewert für den Heimübertritt zukommt<sup>9</sup>.

### Warum ein solcher Unterschied in der Sterbewahrscheinlichkeit besteht, kann nicht kausal begründet werden

Darum präsentierten die Autoren ihre Folgerungen nur als Vermutung: *Pflegeheime bewirken möglicherweise einen früheren Tod, weil sie als totale Institutionen die Autonomie der Betroffenen massiv tangieren und dies mit allen Konsequenzen.* Im zweitletzten Satz ihres Aufsehen erregenden Aufsatzes verweisen die Autoren konsequenterweise auf E. Goffmans Essay über die totalen Institutionen.

Die Studie von F.D. Wolinsky et al. lässt sich kaum wiederholen. Mit 7527 repräsentativ ausgewählten Amerikanerinnen und Amerikanern wurde 1984 im Rah-

<sup>9</sup> I.C. Siegler, Commentary: The Role of Physical Health in Understanding Societal Mechanisms for Maintaining Competence in Old Age, in S.L. Willis et al., Societal Mechanisms for Maintaining Competence in Old Age, a.a.O., S.132 f.

<sup>10</sup> L.G. Branch, Commentary: Nursing Home Placement and Subsequent Morbidity and Mortality, in S.L. Willis et al., Societal Mechanisms for Maintaining Competence in Old Age, a.a.O., S.138 und S.140.

<sup>11</sup> C.S. Aneshensel et al., Stress, Role Captivity, and the Cessation of Caregiving, in Journal of Health and Social Behavior, vol. 34, 1993, S.54–70.

<sup>12</sup> Dies. et al., Profiles in Caregiving: The unexpected career, San Diego 1995.

## Für eine authentische Qualitätssicherung

ag. Der vorliegende Beitrag bildet eine Zusammenfassung von Kapitel 3 des Buches «Qualitätsbeurteilung und Qualitätssicherung in Pflegeheimen. Mahnung zum authentischen Handeln», welches im Sommer 2001 erscheinen wird. Das Hauptgewicht liegt dabei auf dem zweiten Teil des Titels. Publikationen, die den Heimleitungen Tipps zur Qualitätssicherung und zur Qualitätsförderung vermitteln wollen, sind zahlreich erhältlich. Doch keine dieser Schriften hat sich bisher mit den Untersuchungen von Wolinsky und Aneshensel auseinandergesetzt. Gehört das Sterben nicht zum zentralen Inhalt der Qualitätsarbeit in den Institutionen?

Sicher werden ablehnende Begründungen die Behauptung anführen, dass die Verhältnisse in den USA ganz anders seien als in der Schweiz. Im angezeigten Buch ist ein umfangreiches Kapitel eben diesen Verhältnissen in den USA gewidmet. Sie sind sowohl mit Bezug auf Strukturen wie auch auf Prozesse tatsächlich wesentlich verschieden von den Verhältnissen in der Schweiz. Aber auch die sorgfältigste Analyse findet nicht so viel Unterschiedliches, dass darob Gleiches nicht auch zum Tragen käme: Pflegeheime sind totale Institutionen (vergleiche «Das Heim als totale Institution», FZH Nr. 6, Juni 2000, Seite 347).

Wer meint, ein Zertifikat an der Wand behüte vor bohrenden Fragen zur Qualitätssicherung, hat sich etwa so massiv getäuscht wie jene Spitäler, welche im vergangenen Jahrhundert ihre Verpflichtungen zur Qualitätssicherung mit Wahlmenüs, einem überarbeiteten Fragebogen zur Patientenzufriedenheit und neuen TV-Sets in den Zimmern von Privatpatientinnen erfüllt glaubten. Sie sehen sich jetzt mit der Initiative des Bundesamtes für Sozialversicherung (!) zur Reduktion von kritischen Zwischenfällen konfrontiert – eine Initiative, welche nota bene auf eine amerikanische Publikation (IOM, To Err is Human, Building a Safer Health System, Washington D.C., 1999) zurückzuführen ist.

men des Mikrozensus eine sehr breite Basis für die Forschung gelegt. Die 1984 durchgeführte zusätzliche Befragung der über 70-Jährigen, die Repetition von Befragungen in den Jahren 1986, 1988 und 1990 und das Zusammenführen mit den Daten der staatlichen Sozialversicherung Medicare haben zusammen mit den Forschungsbeiträgen über 20 Millionen Dollar gekostet. Zudem waren Forschungsabteilungen von drei bundesstaatlichen Institutionen zur Erarbeitung des Erhebungskonzeptes, für das Management der Erhebung selbst und für die kurzfristig zu bewältigende Datenaufbereitung engagiert.

Dennoch dürfen die Resultate der auf den Ebenen der empirischen Sozialforschung und des Forschungsmanagements Respekt verlangenden Analyse nur innerhalb der spezifischen Randbedingungen verallgemeinert werden. So wurde z.B. nicht eine repräsentative Zahl von Pflegeheimbewohnerinnen mit einer repräsentativen Zahl von Nicht-Pflegeheimbewohnerinnen verglichen. Die Studienpopulation repräsentierte 1984 vielmehr die 70-jährigen und älteren Amerikanerinnen und Amerikaner, welche sich damals nicht in Pflegeheimen befanden.

Es mag sein, dass schwerer Erkrankte, welche sich zum Zeitpunkt der Erhebung in Spitälern aufhielten, 1984 in der Befragung unterrepräsentiert waren, wie dies auch für den Anteil von Demenzen vermutet werden darf. Das Sample war auf die nicht-institutionalisierte Bevölkerung im Alter von 70 und mehr Jahren angelegt und eben nicht auf alle Amerikanerinnen und Amerika-

ner in diesem Alter. Auch unter Würdigung einiger methodischer Diskussionspunkte und der Grenzen, welche sich das Forschungsprojekt selber setzte, schliessen wir uns L.G. Branch an, der zu dieser Analyse feststellte: «This result is startling to me...» und «I commend them for the thoroughness of their analytic model; very few colleagues if any could analyze the secondary data better than they have<sup>10</sup>.»

### Auch Demente sterben in Pflegeheimen früher

Die Forschungsgruppe von Carol S. Aneshensel arbeitete mit einer ganz anderen Studienpopulation. Die 555 von ihr im Jahr 1988 erstmals Befragten waren die primären Betreuungspersonen von Demenzen, und zwar ausschliesslich Ehepartner, Töchter oder Söhne. Das Durchschnittsalter der Betreuenden betrug 61,9 Jahre. Die Betreuten selbst waren ältere Männer und Frauen, bei denen eine diagnostizierte dementielle Erkrankung vorlag. Die Auskunftspersonen wurden von 1988 bis 1993 im Jahresrhythmus befragt. An dieser Stelle interessiert das primäre Forschungsinteresse der Autoren nicht, soll aber nicht unerwähnt bleiben: Sie zielten insbesondere auf das Rollenverhalten der Angehörigen und auf das Coping mit dem Stressor, einen nahestehenden dementen Menschen zu betreiben und zu pflegen<sup>11</sup>. Die Rolle der «liebenden und fürsorglichen Tochter» (resp. der Ehefrau oder des Sohnes) stand im Zentrum einer Analyse<sup>12</sup>.

Während der Beobachtungszeit von gut sechs Jahren wurden 49 Prozent der Patienten (272) in ein Pflegeheim eingewiesen. 155 (57 Prozent) von ihnen verstarben bis zum Abschluss der Studie. Von den in der angestammten Umgebung weiter betreuten Demenzen starben in der gleichen Zeitperiode 136 (48 Prozent von 283). Für die scheinbar relativ kleine Differenz von 9 Prozent (was aber einer um rund 20 Prozent erhöhten Mortalität entspricht) meint man vielleicht «gute» Begründungen anführen zu können: höheres Alter der Verstorbenen in Pflegeheimen, erhöhte Morbidität resp. Komorbidität, stärkere Vertretung der schweren Demenz usw.

Alle in der Analyse verwendeten Informationen stammen von Mitgliedern der Studienpopulation (also pflegenden Angehörigen), nie von den Patienten selbst. Dies ist unproblematisch, wenn es sich um soziodemographische Charakteristika handelt (Alter, Erziehung, Zivilstand, Familieneinkommen usw.). Geht es dagegen um den gesundheitlichen Status (physisch und mental) der Patienten, so muss man sich im klaren sein, dass Wertungen vorgenommen wurden, welche sich mit objektiven Sachverhalten nicht umfänglich decken müssen. Dies gilt in kleinerem Ausmass wohl auch bei der stellvertretend vorgenommenen Beurteilung der instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL-dependencies). Die Auskunftsperson kann hier mitsteuern.

Mit grundsätzlich den gleichen mathematisch-statistischen Verfahren wie bei Wolinsky wurde die Wahrscheinlichkeit des Todesfalls im Heim den tatsächlichen Todesfällen gegenübergestellt.

Die Resultate über das Schicksal der Demenzen, welche in ein Heim eingewiesen wurden, liegen auf der gleichen Ebene wie bei Wolinsky:

Wenn für die Einweisung eines demenzten Patienten in ein Pflegeheim hauptsächlich gesundheitliche Gründe geltend gemacht wurden, dann war die Sterbewahrscheinlichkeit dieses hirnorganisch geschädigten Betagten während der Beobachtungszeit annähernd dreifach höher (2.73), als wenn er mit den gleichen zugeschriebenen gesundheitlichen Merkmalen in seiner bisherigen Umgebung weiter betreut worden wäre.

Wenn die interviewten Betreuenden nicht hauptsächlich gesundheitliche Gründe für eine Heimeinweisung des Demenzen geltend machten (also z.B. eine Aggregation aus eigener Erschöp-

**Memento**

**Bleib so wie du bist und verpasse keine Gelegenheit anders zu sein als du oder andere es von dir erwarten. Du bist kostbar in dem, was du dir nicht vornahmst, in dem du dich preisgibst dem Gegenwärtigen wehrlos ganz und gar und ungeschützt von dem vielen, das du schon über dich weisst. Vom Lebensfeuer geschmiedet wirst du dein Leben endlich zurückbringen ins Unendliche.**

Edmond Tondeur



Fotos Erika Ritter

fung, eigenen gesundheitlichen Problemen, insbesondere bei betagten Ehepartnern, Probleme in der eigenen Kernfamilie), dann «sank» bei der als notwendig betrachteten Heimeinweisung die Wahrscheinlichkeit des Todes im Heim gegenüber eines Sterbens in der angestammten Umgebung auf 1.80. Dieses Resultat zeigt zum einen auf die Tauglichkeit der Konzeptualisierung der Analyse, zum anderen repetiert sie möglicherweise auf noch drastischere Art und Weise die Ergebnisse von Wolinsky: *Auch wenn der Betreute nicht «sterbenskrank» in ein Pflegeheim eingewiesen wird, ist die Sterbewahrscheinlichkeit eines demenzen Betagten in der entsprechenden Beobachtungszeit annähernd doppelt so hoch (1.80), als wenn er in der bisherigen Umgebung weiter gepflegt und betreut worden wäre.*

Die Analyse von Aneshensel et al. brachte noch eine weitere Hiobsbotschaft:

*Gleichgültig auf welchen der zwei Begründungsdimensionen der Pflegeheimeintritt zu liegen kommt, 26 Prozent der überwiesenen demenzen Patienten sterben während der ersten sechs Monate des Heimaufenthaltes<sup>13</sup>.*

Wolinsky verwies im zweitletzten Satz seiner Überlegungen auf die totale Institution. Aneshensel, welche mit die-

ser Literatur weniger arbeitet, deutet die hohe Mortalität nach dem Pflegeeintritt u.a. damit, *dass die neue Umgebung das Verstehen der Demenzen übersteigen könnte, dass das Verstehen der neuen Umgebung für eine Gruppe dieser Menschen unmöglich, die Autonomie zu massiv eingeschränkt wird.*

**Niemand weiss, was der tatsächliche Grund ist bzw. die Gründe sind**

Was ist es denn, das die Engagierten zu Mitleidenden machen muss? Die Autoren wollen nicht deuten, tönen höchstens an, dass Radikales nötig sein könnte, um aus der «Fremden Welt Pflegeheim» etwas ganz anderes zu machen. Gängig gewordene Etiketten wie «Qualitätsmanagement», «TQM» oder «CQI» – die notabene alle in den USA vor mehr als zehn Jahren kreiert und jetzt in unseren Sprachgebrauch übernommen wurden – sind nicht einmal ein Schmerzmittel gegen quälende Fragen.

**Anmerkung:**

Sämtliche Texte zu den Fotos entstammen dem Privatdruck «Älter werden: Umkreisung eines gemiedenen Tatbestandes» von Edmond Tondeur (Kundengeschenk auf Ende des Jahres 2000 im Verlag Paul Haupt, Bern). Die Bilder wurden von Erika Ritter im Morgengrauen auf dem Friedhof von Windisch AG aufgenommen. ■

<sup>13</sup> Dies. et al., The Transition From Home to Nursing Home Mortality Among People With Dementia, in Journal of Gerontology, vol. 55, 2000, S. S152–S162.